

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

119

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 janvier 1897 à 1 heure

PAR

André THOIZON

Né à Souppes (Seine-et-Marne) le 26 Octobre 1868

Licencié es-sciences.

Ancien externe des hôpitaux.

Médaille de bronze de l'assistance publique

SUR UN POINT DU TRAITEMENT

DE

L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
 { TUFFIER et NETTER, agrégés.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

119

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 janvier 1897 à 1 heure

PAR

André THOIZON

Né à Souppes (Seine-et-Marne) le 26 Octobre 1868

Licencié es-sciences.

Ancien externe des hôpitaux.

Médaille de bronze de l'assistance publique

SUR UN POINT DU TRAITEMENT

DE

L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. } TILLAUX, *professeur.*
TUFFIER et NETTER, *agregés.*

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ N.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILÉAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

Accoucheur des hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Si l'infection puerpérale voit de jour en jour diminuer le nombre de ses victimes, cet heureux résultat tient à deux causes qui sont : la généralisation des méthodes antiseptiques et l'application des nouveaux moyens de traitement, parmi lesquels le traitement local tient une large place.

L'antisepsie n'a pas eu seulement pour résultat de diminuer considérablement la morbidité des nouvelles accouchées, elle a permis aussi d'ajouter un nouveau chapitre au traitement de l'infection puerpérale : le traitement local, bien autrement actif que les moyens dont on disposait auparavant.

Comme le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille, le vibrion septique, hôtes habituels de nos cavités naturelles ou provenant de l'extérieur, ont besoin pour nous devenir nuisibles d'une porte d'entrée, la plaie placentaire leur offre une large voie par laquelle ils envahissent l'organisme ou y déversent leurs produits de sécrétion. Il est donc rationnel, aux premiers signes d'infection d'aller combattre le mal là où il a pénétré. La pratique a donné pleinement raison à cette manière de faire ; souvent on a été assez heureux pour enrayer le mal d'emblée, d'autres fois en

supprimant la source de l'infection, on a permis à l'organisme de détruire le poison (microbes ou toxines) qu'il avait déjà absorbé. Mais malheureusement il reste encore des cas où l'envahissement généralisé n'a pas permis la lutte, c'est pour eux que la sérothérapie est pleine de promesses. En attendant que cette méthode ait donné les heureux résultats que l'on peut en espérer, quoique un de ses principaux auteurs, M. Marmoreck, prétende qu'il faut toujours l'employer et que l'intervention locale devrait être « réservée aux cas de rétention de débris placentaires ou de pus par cause mécanique (1) », nous devons suivre les conseils de M. le professeur Pinard et de M. Wallich : « On a le droit, puisque l'innocuité du sérum antistreptococcique est établie, de l'employer, mais on a aussi le devoir de recourir au traitement intra-utérin, dont l'efficacité est établie (2) ». Ce traitement intra-utérin qui mérite un tel patronage comprend l'injection intra-utérine proprement dite ou injection intra-utérine intermittente, l'irrigation continue, le curettage. Là seulement où les deux premiers moyens n'auront pas donné le résultat voulu, ils nous auront au moins préparé un terrain favorable pour le curettage auquel nous demanderons de compléter l'œuvre entreprise en détergeant la plaie utérine.

Ce traitement ne s'adresse pas seulement à l'infection qui se manifeste dans les trois ou quatre premiers

(1) *Annales de l'Institut Pasteur.*

(2) *Traitement de l'infection puerpérale, Paris 1896.*

jours qui suivent l'accouchement, mais aussi à celles qui, soit à cause d'une plus grande tolérance de l'utérus, soit à la suite de l'atténuation de virulence des germes morbides, ne se manifestent que plus tardivement, dans la période puerpérale.

Les heureux résultats que le curettage a donnés à la maternité de l'hôpital Tenon, et le manuel opératoire que nous avons vu employer nous guiderons dans ce travail.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser l'expression de notre reconnaissance à ceux qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Que M. Champetier de Ribes, qui a bien voulu nous donner l'idée de cette étude et ne nous a point ménagé ses avis pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service, reçoive l'assurance de notre profonde gratitude.

M. Reynier et M. Hirtz chez chacun desquels nous avons été externe pendant une année, nous ont toujours témoigné une bienveillance particulière : Nous ne l'oublierons jamais.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte de remercier MM. Galliard, Wurtz, Quenu, Launois, Morel-Lavallée, Lebreton et Thoinot des connaissances que nous avons acquises auprès d'eux.

Nous nous efforcerons de suivre l'exemple de dévouement et de bonté que notre père le docteur Thoizon nous a toujours fourni, et nous mettrons à profit les

sages conseils qu'une longue pratique lui a permis de nous donner.

M. le professeur Pinard nous fait grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse, nous l'en remercions sincèrement.

HISTORIQUE

Récamier le premier, en 1846, dans un travail publié dans les *Annales de Thérapeutique* propose le grattage de la cavité utérine pour enlever les végétations de la muqueuse. Quatre ans plus tard, en 1850, dans l'*Union Médicale*, il indique les façons de « nettoyer l'utérus sans violence et d'une manière inoffensive après l'accouchement ». Après avoir préconisé le curettage gynécologique, il propose le curettage obstétrical.

Mais à la suite de nombreux accidents qu'il ne dissimule pas à la tribune de l'Académie de médecine, sa méthode devait tomber dans l'oubli, elle avait eu le défaut de venir avant son heure. Lister et Pasteur n'avaient pas encore fourni les travaux d'où devait naître l'antisepsie, de telles interventions n'avaient donc pas réuni toutes les chances de succès. Oubliés en France, les travaux de Récamier n'étaient cependant pas passés inaperçus à l'étranger. Sa méthode remise en honneur par Osiander et par Simon d'Heidelberg en 1872, et employée d'abord contre les affections utérines fut de nouveau appliquée à l'obstétrique grâce aux travaux de E. Martin, Scanzoni et Fehling en Allemagne, et de Alloway, Sken, Marcan, Munde en Amérique. Bientôt elle trouve en Angleterre de nombreux partisans, Priestley, Macdonald, Wilson, Byers l'adoptent tour à tour.

Enfin, M. Doléris entreprend en France une série de travaux ayant pour but de remettre en honneur l'opération de Récamier. Il publie, dans les *Archives de gynécologie*, une série d'articles, en 1886 et 1887, où il recommande le curettage dans les cas de rétention placentaire, soutient brillamment ses opinions devant la Société d'obstétrique, et, en 1888, dans le *Journal de Médecine de Paris*, recommande le curettage dans les cas d'infection puerpérale.

M. Charpentier, dans la séance de l'Académie de Médecine du 18 septembre 1888, rapporte l'observation de six de ses malades traitées par le curettage, et en conclut que « c'est un moyen merveilleux qui nous permettra de réduire encore la mortalité puerpérale déjà si atténuée depuis l'emploi des injections intra-utérines. »

Puis viennent les travaux de Miraschi de Salonique (1), la thèse de Chartier (2), la revue de Charrier inspirée par M. Pozzi (3).

Peu à peu ce mode de traitement voit le nombre de ses partisans augmenter. Aujourd'hui on peut dire que si le moment de l'intervention soulève encore quelques discussions, l'utilité du curettage est reconnue de tous. MM. Pinard et Wallich dans un ouvrage récent ont précisé les indications et le manuel opératoire de l'intervention (4).

(1) *Arch. de Tocologie*. 8 août 1888; *Journal de Médecine de Paris*. 5 août 1888, *Société de Médecine de Salonique*, 17 mai 1888.

(2) Thèse Paris, 1889.

(3) *Archives de Médecine*, août 1891.

(4) *Loc. cit.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'étudier la manière de pratiquer l'opération de Récamier, nous résumerons dans ce chapitre les lésions de l'utérus contre lesquelles elle peut lutter. Après la délivrance, la surface d'insertion du placenta, plaie physiologique, peut devenir pathologique sous l'influence de germes morbides qui, depuis 1879, époque à laquelle Pasteur découvrait le streptocoque pyogène dans les lochies de femmes infectées, ont donné lieu à de nombreux travaux.

En 1880, M. Doléris décrit quatre espèces différentes d'organisme auxquelles il attribue quatre formes distinctes d'infection. Quelques années après, Chauveau et Arloing à l'aide du seul streptocoque reproduisent expérimentalement les différentes formes de l'infection puerpérale.

Dans sa thèse, en 1889, Widal écrit : « L'infection puerpérale commune est produite par le streptococcus pyogenes pénétrant au niveau de la muqueuse utérine ulcérée. » Pour cet auteur la plus grande nocuité du microbe chez la parturiente a pour cause la porte d'entrée. Les différentes formes d'infection qu'il produit tiennent à un état variable de sa virulence ; autre part il dit : « L'infection puerpérale est la maladie de choix pour quiconque veut étudier le rôle de streptoco-

que en pathologie ; chez la nouvelle accouchée, ce microbe peut déterminer des suppurations localisées ou généralisées, aiguës ou chroniques, de fausses membranes fibrineuses, de la phlegmatia, des septicémies bénignes ou graves, aussi bien que l'érysipèle (1) ».

Dans les lambeaux de la muqueuse utérine, le streptocoque ne se trouve pas isolé, on y peut voir aussi le bactérium coli, le staphylocoque, le vibrion septique ; mais, d'après Widal, lui seul peut traverser la muqueuse qui joue à l'égard de ces derniers, le rôle d'un filtre, lui seul peut gagner le torrent circulatoire soit par la voie sanguine, soit par la voie lymphatique. Et quoique le bactérium coli et le staphylocoque puissent donner lieu à l'infection puerpérale, son agent le plus fréquent reste le streptocoque.

Buum (2) conclut de ses recherches en 1892 que la couche superficielle de la caduque est remplie de microorganismes qui produisent sa nécrose ; l'organisme réagit en formant une zone d'infiltration cellulaire composée de petites cellules rondes qui semblent être des leucocytes extravasés et protègent la musculuse contre l'invasion des germes morbides. Il divise les endométrites en trois groupes :

1^o Endométrite putride, dans laquelle la couche superficielle ne comprend que les germes de putréfaction,

(1) Art. Streptococcie. *Traité médecine* BROUARDEL GILBERT et GIRODE.

(2) *Arch. f. gyn.* X L. 1892.

2^o Endométrite septique due à la présence dans cette même partie des microbes de la septicémie.

3^o Dans la troisième forme la zone de protection ne s'est pas produite et l'infection se généralise, c'est l'endométrite septique avec infection générale consécutive.

MM. Pinard et Wallich donnent l'interprétation suivante des travaux de Buur : « La caduque est le siège, dans les derniers mois de la grossesse, de phénomènes de dégénérescence, qui favorisent l'élimination de la plus grande partie de cette caduque dans la délivrance, qui a d'autant plus de chances d'être complète, et d'entraîner plus de caduque, que l'accouchement se fait près du terme de la grossesse.

Cette dégénérescence, cette altération de la caduque mérite donc d'être considérée non pas comme un phénomène pathologique, résultat de l'action victorieuse des microbes, mais comme un phénomène physiologique, produit en dehors de l'infection. Cette dégénérescence de la muqueuse crée des conditions particulièrement favorables à l'infection, puisqu'elle ne peut du moins par ses parties dégénérées, lui opposer de réaction, et c'est là, croyons-nous, qu'il faut chercher l'explication de la grande facilité de l'infection pendant le travail de l'accouchement, pendant les suites de couches, à terme ou près du terme, alors que la muqueuse est dégénérée. Mais, ainsi que l'a démontré Léopold, rapidement cette caduque tombe, pour laisser à sa place une muqueuse nouvelle qui prolifère rapidement et forme une zone de réaction puis-

sante aux infections secondaires, qu'il est si exceptionnel de rencontrer (1). »

De son côté l'utérus se modifie. Si la lésion reste circonscrite à la muqueuse, le tissu musculaire devient mou et son involution est entravée. Dans le cas où l'inflammation fait des progrès, la fibre musculaire dégénère et le tissu conjonctif interstitiel devient le siège d'une infiltration séro-purulente.

Il est donc parfaitement justifié, soit à l'aide de l'injection intra-utérine, soit à l'aide de la curette d'aller détruire cette muqueuse nécrosée d'où les agents septiques déversent leurs toxines dans l'organisme.

Nous allons donc décrire brièvement la manière d'opérer dans le cas où le curettage aura été reconnu utile.

(1) PINARD et WALLICH, *Loco citato*, p. 24.

MANUEL OPERATOIRE

Préparation de la malade. — La malade est placée en travers du lit, le siège un peu débordant, deux aides maintiennent les cuisses fléchies et écartées, les poils des grandes lèvres sont rasés, la vulve, le périnée et l'anus sont soigneusement lavés d'abord au savon, ensuite avec une solution de sublimé au 1/2000. La vessie est vidée à l'aide du cathétérisme. On donne une injection vaginale avec une solution antiseptique tiède en même temps qu'un aide introduit un ou deux doigts, préalablement nettoyés, dans le vagin, et fait pénétrer le liquide dans les replis de la muqueuse.

Les instruments, qui ont été stérilisés à l'étuve ou bouillis dans une solution phéniquée, sont placés dans une cuvette flambée, doublée d'une compresse bouillie et remplie d'eau phéniquée à 5 0/0.

L'opérateur s'entoure de toutes les précautions antiseptiques d'usage, et, les préparatifs terminés commence l'opération.

Saisie du col. — Une valve de Sims introduite récline en arrière la paroi postérieure du vagin ou, selon le conseil de M. le Professeur Pinard, l'indicateur et le médius de la main gauche étant glissés jusqu'à l'orifice du col qu'ils vont reconnaître, on

glisse une pince tire-balle à deux mors et on saisit la lèvre antérieure du museau de tanche en ayant soin de faire une prise suffisante pour éviter la déchirure pendant l'abaissement, sans toutefois prendre la muqueuse vaginale dont le pincement serait assez douloureux.

Abaissement. — Puis on tire doucement, mais d'une façon soutenue sur l'utérus qui s'abaisse, la valve ou les doigts qui la remplacent devant rester en place. On voit bientôt le col apparaître à la vulve. La pince tire-balle est confiée à un aide qui la saisit par un de ses anneaux et doit la maintenir horizontalement; de cette façon, on n'exerce pas de pression sur la partie supérieure de la vulve, ce qui, comme l'enseigne M. le professeur Pinard, rend l'opération moins douloureuse. M. Champetier de Ribes emploie la valve qui permet de vérifier dans toutes ses parties l'état des parois vaginales, de mieux voir le col utérin et de lui appliquer un traitement local si besoin est.

Injection intra-utérine. — Une fois le col abaissé et maintenu à la vulve, on fait un grand lavage utérin. La solution employée à la Maternité de Tenon est le lysol à 10/0, les résultats de cet antiseptique ont toujours été très satisfaisants, et on n'a pas à craindre avec lui les phénomènes d'intoxication.

Raclage. — M. Champetier de Ribes pratique le raclage de la face interne de l'utérus de la façon suivante: il introduit la curette et opère d'abord dans l'une

des cornes puis dans l'autre corne ; il continue en grattant la face antérieure puis la face postérieure. Ensuite l'instrument étant reporté alternativement dans chacun des angles de la cavité parcourt successivement le fond, l'angle et le bord du côté opposé. Un mouvement en spirale de haut en bas revise le nettoyage. Le curettage ainsi méthodiquement pratiqué est terminé par le grattage du col.

On est averti que la surface interne de l'utérus est bien nette par une sensation de résistance particulière que le contact de la curette et du muscle utérin donne à la main de l'opérateur. De plus à ce moment l'instrument ne ramène que des caillots de n'importe quel point de l'utérus.

La curette est alors remplacée par la sonde intra-utérine. Une grande injection chaude complète le nettoyage en entraînant au dehors tous les débris détachés. Lorsque le liquide ressort clair de l'utérus, on cesse le lavage et l'on procède au badigeonnage de la surface interne. L'extrémité d'une bande de gaze iodoformée de 40 cent. de long sur 10 de large est prise entre les mors d'une longue pince et le reste enroulé autour des branches. L'écouvillon ainsi formé, trempé dans la teinture d'iode, est porté dans la cavité utérine et exprimé sur les parois. Une nouvelle injection intra-utérine enlève l'excès d'iode. /

Le pansement est terminé par le tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée coupée en une bande longue et mince. L'extrémité de la lanière étant saisie à l'aide d'une longue pince sans dentelures est trans-

portée jusqu'au fond de l'organe, puis faisant ressortir l'instrument on saisit la bande de gaze à l'entrée du vagin et on la glisse dans l'utérus et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on éprouve une légère résistance. Avec le reste de la gaze on entoure soigneusement le col en bourrant les culs-de-sac vaginaux. Ce tamponnement est pratiqué avec une seule lanière de gaze mesurant 10 cent. de largeur et dont la longueur variable peut atteindre 10 à 15 m. Une lame de ouate hydrophile étant maintenue sur la vulve par un bandage en T, la malade est reportée dans son lit.

M. Champetier de Ribes attache une grande importance au bourrage de la cavité utérine convenablement pratiquée. L'utérus en se contractant vient en effet s'exprimer sur la gaze et y déposer les débris qui étaient restés adhérents à sa surface interne.

Cette opération, comme on le voit, ne nécessite pas la possession d'un arsenal chirurgical bien compliqué. On pourra toujours mener à bien son intervention avec :

Une pince tire-balle.

Deux pinces longues, dont une sans dentelures.

Une valve de Sims.

Une sonde intra-utérine.

Une curette.

Un rasoir et une sonde vésicale.

Mais un choix important est celui de la curette. Si, au début, les adversaires du curettage ont pu lui reprocher de produire la perforation de l'utérus, cela tenait, pour une grande part au mauvais outillage dont dis-

posaient les opérateurs. En effet, le tissu utérin après l'accouchement ou l'avortement est modifié dans sa consistance, il devient mou et friable, pour deux raisons, l'une physiologique dépendant de la grossesse, l'autre pathologique due à l'infection. On comprend facilement que dans ces conditions un instrument tranchant ou de trop petites dimensions, pour peu qu'il soit manié avec un peu de force, perfore l'utérus. Tandis que l'usage d'une curette mousse dont les dimensions sont grandes et l'extrémité bien arrondie, agissant sur une surface plus étendue diminuera de beaucoup cet accident. M. Champetier de Ribes fait usage d'une curette large à bords mousses, qui a aussi l'avantage de faire un nettoyage plus complet en diminuant les risques de laisser une bande de muqueuse non balayée.

Liquides modificateurs. — Après le curettage il est utile de modifier la surface interne de l'utérus à l'aide d'un antiseptique qui neutralisera en partie les agents pathogènes. Plusieurs substances sont habituellement employées.

M. le professeur Tarnier dit dans son étude des antiseptiques en parlant de l'iode : « Lorsqu'il s'agit de modifier profondément la surface interne de l'utérus au début d'une infection putride, ou d'une fièvre puerpérale, je n'hésite pas à en recommander l'emploi. » C'est sur le conseil de M. le professeur Tarnier que la teinture d'iode a été mise en usage à la maternité de Tenon.

M. le professeur Pinard recommande la solution d'acide phénique à 5 0/0.

La glycérine créosotée au 1/3 et le chlorure de zinc au 1/10 ont aussi leurs partisans.

De l'Anesthésie. — Le curettage n'est pas une opération très douloureuse, et les plaintes que quelques femmes font entendre sont plutôt dûes à l'appréhension qu'à une douleur réellement vive ; les malades, le plus souvent, ne font aucune difficulté à l'avouer lorsqu'on les replace dans leur lit. Il sera donc plus utile de calmer leur crainte en leur faisant entrevoir le peu de gravité et la courte durée de l'intervention que de les anesthésier, ce qui n'est souvent pas sans danger ; car sans parler des vomissements que la chloroformisation produit pendant les 24 heures qui suivent, il est reconnu aujourd'hui qu'elle prédispose singulièrement aux hémorrhagies, en diminuant la rétractilité utérine que M. le professeur Pinard appelle « la ligature vivante ». En outre, l'opération sera rendue plus pratique par la suppression de l'aide chargé du chloroforme.

Soins consécutifs. — La malade reportée dans son lit doit être alimentée normalement et prendre quelques boissons alcooliques (porto, champagne, grog), suivant ses ressources.

Le lendemain, la femme étant placée dans la même position que la veille, après avoir enlevé le tampon de gaze iodoformée on fait un grand lavage intra-utérin, on touche la cavité utérine et le col à la teinture

d'iode, nouvelle injection intra-utérine, enfin on replace un tampon iodoformé dans l'utérus. Lorsque la température baisse rapidement après le curettage, un seul pansement est utile. Dans les cas où la chute se fait progressivement, deux ou trois sont le plus souvent suffisants.

Le curettage après l'avortement. — Si après l'avortement l'endométrite septique avec infection générale consécutive est plus rare qu'après l'accouchement à terme, il n'en est pas de même de l'endométrite septique et surtout de l'endométrite putride; cela tient à la rétention fréquente de tout ou partie de l'arrière-faix: c'est contre cet accident que M. Doléris préconise le curettage en 1886. Mais depuis, la difficulté que l'on éprouve à distinguer le placenta du tissu utérin ramolli à l'aide de la curette, l'enchatonnement de ce même placenta par l'utérus aminci au niveau de sa surface d'insertion, la plus grande fréquence des perforations à ce niveau ont fait abandonner cette manière de faire pour aller avec le doigt, guide moins aveugle reconnaître et décoller les parties retenues. Le curettage ne sera ici qu'un complément du curage. Il se pratique de la même façon que dans l'infection après l'accouchement à terme; rien n'est à modifier dans le manuel opératoire; seule la curette ayant à manœuvrer dans un espace plus petit sera elle-même de moins grandes dimensions. La petite curette de M. le professeur Pinard sera ici l'instrument de choix.

Accidents du curettage.

On a reproché au curettage d'occasionner des hémorrhagies. Cet accident diminue beaucoup de fréquence et surtout de gravité depuis qu'on opère sans chloroforme. Le suintement sanguin, que l'on observe quelquefois pendant l'opération, est dû à la chute des caillots qui obstruaient les vaisseaux superficiels. Le véritable agent de l'hémostase est le muscle utérin que le contact de la curette et le bourrage de la cavité avec la gaze antiseptique sollicitent à se contracter.

L'usage de la curette mousse qui respecte le muscle et les grosses veines intra-utérines a aussi sa part dans ce résultat, en même temps qu'elle rend la perforation presque impossible.

INDICATIONS DU CURETTAGE

Nous étudierons les indications du curettage d'abord chez la femme qui a conduit sa grossesse à terme ou près du terme, ensuite dans les cas d'avortement.

Du curettage post-partum. — L'infection peut débiter dans un temps plus ou moins rapproché de l'accouchement. Souvent la femme est infectée avant l'expulsion, ce dont témoignent l'élévation de la température et la fréquence du pouls. Si, après la délivrance, l'utérus reste mou, se rétracte mal, si l'état général devient mauvais, l'agent pathogène a rapidement franchi l'étape utérine pour donner naissance à la forme généralisée de la maladie ; dans ce cas l'intervention doit être rapide, l'injection intra-utérine doit être répétée 3 ou 4 fois par jour, et, si les conditions le permettent, il faudra établir l'irrigation continue de l'utérus, préconisée en France par MM. Pinard et Varnier (1) et, lorsque malgré cela la température reste élevée et surtout le pouls fréquent, c'est qu'une thérapeutique plus énergique est nécessaire : il faut recourir au curettage.

Quel moment choisirons-nous pour l'opération ?

(1) Injection intra-utérine. PINARD et VARNIER. (*Annales de Gynécologie*, 1886.)

MM. Pinard et Wallich, à la suite d'un cas de mort survenue quelques heures après le curettage, fait moins de 48 heures après l'accouchement et attribué à l'entrée de l'air dans les veines, conseillent d'attendre le troisième jour, et jusque-là de faire l'injection continue. Mais ils ne font pas de ce cas une contre-indication absolue d'opérer plus tôt. D'ailleurs n'en est-il pas de même pour l'injection intra-utérine qui elle aussi a produit des morts par introduction d'air dans les veines et par phénomènes d'inhibition, et qui cependant n'a pas vu pour cela le nombre de ses partisans diminuer ni son usage proscrit du début des suites de couches ?

Lorsqu'on se trouvera en présence d'un de ces cas heureusement rares, où la température, les frissons, le pouls, tout indique l'infection immédiatement après la délivrance, si, après avoir pratiqué l'irrigation continue pendant 24 heures, on voit que la température s'élève d'une façon continue, que le pouls devient encore plus rapide, que la langue est sèche et rôtie, que des vomissements coexistent avec de la diarrhée et du ballonnement du ventre, qu'il y a, en un mot, une tendance rapide à l'envahissement, faudra-t-il attendre encore 24 heures que le 3^{me} jour soit arrivé ? Nous ne le croyons pas : il vaut peut-être mieux intervenir rapidement tout en sachant que l'on s'expose davantage aux hémorrhagies et qu'un accident est possible. Mais cette pratique sera encore celle qui aura le plus de chances de sauver la malade. C'est cette manière de faire qui est adoptée à la Maternité de Tenon ;

nous trouvons en effet dans les registres du service les observations de 17 curettages qui ont été pratiqués moins de 48 heures après l'accouchement sans que l'on ait eu le moindre accident à signaler. On trouvera plus loin quelques observations relatives à ces cas (obs. I. II. III. IV. V. VI. VII.)

Cette constatation sans diminuer en rien la valeur du conseil donné par M. le professeur Pinard semble donc autoriser une intervention précoce dans les cas où la marche rapide de l'infection ferait craindre si l'on temporisait, de rendre la thérapeutique inutile.

Le plus souvent l'infection ne se déclare que le troisième ou le quatrième jour, époque où dans les suites de couches normales s'établit la sécrétion des glandes mammaires. La température s'élève, surtout le soir, le pouls devient fréquent, dans la majorité des cas il y a des frissons, l'utérus peut devenir douloureux, les lochies changent de nature, deviennent moins abondantes, prennent une odeur caractéristique, se suppriment quelquefois complètement, la lactation s'établit mal ou reste absente d'où le nom de « fièvre de lait » donnée par les anciens à cet état, qu'ils croyaient être sous la dépendance de la plus ou moins grande difficulté que la sécrétion lactée éprouvait à s'établir. Aujourd'hui que l'on sait que les suites de couches normales doivent être absolument apyrétiques, il ne faut pas hésiter, si l'on ne trouve rien dans les autres organes, que les seins ne portent ni gergures ni induration, à considérer ces femmes comme des infectées et à les traiter comme telles. La thérapeutique

sera guidée par la marche de la température et par l'état du poulx ; chez la nouvelle accouchée la température devra être prise au moins 2 fois par jour. La conservation d'un état général satisfaisant ne nous égarera pas, car, comme le fait remarquer M. le professeur Tarnier « vous voyez le matin manger de bon cœur, assises sur leur lit, souriantes, répondant parfaitement aux questions. ces mêmes femmes qui la veille étaient secouées par un frisson et qui peut-être seront mortes dix jours plus tard » (1). Si donc la température dépasse 38°, le diagnostic de l'infection établi, on fera une injection intra-utérine abondante que l'on renouvelera toutes les six heures.

Mais si après 24 heures de ce traitement, la température et le poulx indiquent que l'infection n'est pas vaincue, il faut avoir recours au curettage ; l'infection n'étant pas encore trop profonde, il réunira là le maximum des chances de succès.

Lorsque pour une cause quelconque cette pratique n'aura pas été suivie, que l'on sera arrivé au troisième ou quatrième jour de l'infection ou même à une période plus avancée il sera encore notre meilleure arme. Dans ce cas nous ne pourrons lui demander de couper court à l'infection qui est trop profonde mais en allant attaquer le mal à son lieu d'origine, on arrêtera l'invasion de l'organisme par les microbes ou leurs toxines et on ouvrira une large voie aux antiseptiques.

A côté de ces cas, qui sont les plus nombreux, où

(1) *Bull. méd.* 1895 p. 88.

la maladie débute dans les premiers jours des suites de couches, MM. Labadie Lagrave et Gouget (1) ont attiré l'attention sur une marche différente que suit l'infection depuis la généralisation des méthodes antiseptiques. Ils lui donnent pour cause soit la diminution de la masse des agents pathogènes soit l'atténuation de leur virulence. La forme qu'ils décrivent ne donne lieu à aucun symptôme local sauf le défaut d'involution de l'utérus. L'état général reste parfait jusqu'au neuvième ou dixième jour et même plus longtemps encore puis à ce moment la température s'élève le soir et peut même atteindre 40° pour redescendre à la normale le lendemain matin. Si une thérapeutique utile n'est pas instituée, tous les symptômes de l'infection généralisée vont apparaître, pendant que tout semblera normal du côté de l'appareil génital. Cette forme au sujet de laquelle ils écrivent « fièvre puerpérale atténuée ne signifie pas fièvre puerpérale sans danger ni guérissant toute seule », nous semble d'autant plus à craindre qu'elle évolue sournoisement et que si l'on n'est pas prévenu on laisse passer l'heure où l'intervention aurait été le plus utile. Le moment où il faut agir est indiqué par la première élévation de température, et malgré l'absence de symptômes locaux, ici encore il faudra avoir recours d'abord à l'injection intra-utérine, puis au curettage si l'injection n'a pas suffi.

Mais comme le faisaient prévoir MM. Labadie

(1) LABADIE LAGRAVE et GOUGET. *Ann. de Gyn.* t. XXXVI p. 244.

Lagrange et Gouget, cette incubation prolongée n'est pas spéciale à la forme généralisée. On l'observe également dans l'endométrite puerpérale : nous avons pu recueillir dans le service de notre maître M. Champetier de Ribes 21 cas où, après des suites de couches en apparence normales jusqu'au 9^{me} ou 10^{me} jour, la température s'est élevée et des phénomènes locaux sont apparus avec assez d'intensité pour résister aux autres modes de traitement et nécessiter le curettage. (Obs. VIII, IX, X, XI, XII, XIII.)

En résumé nous pouvons dire que d'une façon générale le curettage est indiqué toutes les fois que les injections intra-utérines intermittentes ou continues n'auront pas dans les 24 heures abaissé la température et diminué la fréquence du pouls d'une façon notable et cela que les symptômes locaux existent ou n'existent pas, et quelle que soit l'époque où l'on soit parvenu dans la période puerpérale. Cependant si les symptômes généraux ne sont pas trop intenses, on n'interviendra pas avant le 3^{me} jour qui suit l'accouchement.

Du curettage post-abortion. — Une des complications les plus fréquentes de l'avortement est la rétention de tout ou partie de l'arrière-faix. Cette rétention expose à deux accidents : l'infection et les hémorrhagies. Mais ici qu'il y ait hémorrhagie ou qu'il y ait infection, le curettage ne devra jamais être pratiqué qu'après exploration digitale de la cavité utérine et curage s'il y a lieu.

Il nous faut ajouter cependant que M. Pozzi dans la dernière édition de son traité de Gynécologie préconise le curettage non seulement comme traitement curatif, mais encore comme traitement préventif. Voici en effet ce qu'il écrit : « Pour peu qu'on ait lieu de croire à un reliquat fœtal dans la cavité utérine, il faut se hâter d'en faire l'exploration, le nettoyage et la désinfection, sans attendre d'y être obligé par les hémorrhagies qui indiquent que la muqueuse est malade et déjà infectée. » Cette thérapeutique aurait pour effet d'éviter les métrites et salpingites chroniques qui se développent souvent sur les débris membraneux renfermés dans l'utérus après l'avortement.

M. Bonnaire (1), dans une revue parue dans la *Semaine médicale*, montre l'heureux résultat du curettage suivi du drainage dans des cas où l'inflammation avait gagné les trompes et déterminé une salpingite suppurée. Cet auteur fait remarquer que la dilatation du col de l'utérus produit en même temps l'ouverture de l'orifice des trompes ce qui permet à la collection salpingienne de se vider.

(1) *Semaine Médicale*, 1892.

RESULTATS DU CURETTAGE

Dans les registres de la maternité de l'hôpital Tenon que M. Champetier de Ribes a mis gracieusement à notre disposition, nous avons pu relever les observations de 130 curettages pratiqués de janvier 91 à fin mai 96. Tous ont été précédés d'injection intra-utérine, quelques-uns même d'irrigation continue.

Dans 9 seulement de ces 130 cas, l'infection généralisée ou la plus grande virulence des agents pathogènes n'a pas cédé au curettage et a déterminé la mort. Dans 3 observations l'accouchement avait eu lieu en ville et la maladie datait à l'entrée de 7, 10, et 11 jours. Une autre malade avait avorté chez elle et entraînait avec un arrière-faix retenu et putréfié, elle fut curettée après curage. Des 5 autres malades, qui ont accouché à la maternité, une avait subi des tentatives de version par manœuvres internes pour une présentation de l'épaule ; deux autres entraient avec leurs membranes rompues, et une d'elles avait eu la nuit précédente une hemorrhagie considérable qui avait nécessité plusieurs examens. Tout cela explique non seulement l'origine mais aussi la gravité de l'infection.

Les 121 curettages terminés par la guérison rentrent de la façon suivante dans la classification que

M. le professeur Pinard a établie d'après la marche de la température et du pouls.

1^o Chute rapide et définitive de la température et du pouls. 42 observations.

2^o Chute progressive, 44 observations.

3^o Ascension de la température et du pouls suivie elle-même de.

α. chute rapide 12 observations.

β. chute progressive 23 observations.

Quelquefois dans un temps assez court après l'opération, la malade est prise d'un violent frisson avec élévation considérable de température, le thermomètre peut indiquer 40 ou même 41° pour baisser ensuite et suivre un des types précédents (on en trouvera un exemple dans notre observation n^o XIV) dans ces cas le frisson et l'élévation de température sont-ils dûs à l'inoculation du muscle utérin, mis à nu, par les produits septiques transportés par la curette ? ou bien, ce qui est plus probable, s'agit-il d'une absorption par les vaisseaux qu'a ouverts l'instrument ?

Cette réaction vive qui était assez fréquente dans les curettages pratiqués en 1891 et en 1892 est devenu une rareté depuis 1893. M. Champetier de Ribes croit pouvoir attribuer ce résultat à deux causes : l'usage de l'iode, comme modificateur après le raclage ; l'abrasion complète de la muqueuse utérine. (En effet à l'autopsie de deux femmes accouchées en ville, amenées et curettées dans le service au septième et au dixième jour de leur maladie et chez lesquelles le cu-

rettage avait été impuissant contre une infection trop avancée, nous avons pu voir la surface interne de l'utérus absolument nette de tous débris).

Cette inoculation n'a pas d'inconvénient sérieux.

Dans les 86 observations où la chute de température a été plus ou moins rapide, l'organisme n'ayant plus à craindre de nouvelles décharges toxiques n'a eu à lutter que contre le poison absorbé. Tandis que dans les 35 cas, où la température a continué à augmenter pour baisser ensuite, le foyer de l'infection probablement situé plus profondément a continué d'être le siège d'une absorption nuisible.

Le curettage, en même temps qu'il arrête l'infection dans sa marche, a diminué considérablement la fréquence de la phlegmatia alba dolens dans les suites de couches. C'est en effet derrière un caillot ou un débris de membrane qui le plus souvent prend naissance, la phlébite des veines utérines laquelle, une fois constituée, va distribuer des embolies septiques qui produisent suivant leur volume la phlegmatia alba dolens vulgaire, le point de côté dû à la petite embolie pulmonaire ou la mort subite. Si donc avec la curette on va enlever ce débris de membrane ou ce caillot on diminue les chances de propagation de l'inflammation à la veine. C'est à cette manière d'agir que M. Champetier de Ribes attribue la suppression presque complète de la phlegmatia ; en effet dans les observations de ces deux dernières années nous n'avons pu relever que 3 cas de phlébite.

Le curettage a encore un résultat plus éloigné : en

enlevant tous les débris qui tapissent la cavité utérine, il empêche le développement des métrites et salpingites chroniques qui sont une véritable infirmité pour les femmes qui en sont atteintes.

La lecture des livres de la maternité de Tenon nous a fait faire une autre constatation. M. Champetier de Ribes a pour habitude de faire la délivrance artificielle, suivie du curage manuel et d'une grande injection intra-utérine, toutes les fois qu'une intervention grave (basiotripsie, embryotomie, symphyséotomie) est nécessaire, il ne quitte pas l'opérée sans avoir mis cette pratique à exécution. Sur les 67 délivrances artificielles faites dans le service de 1891 à juin 1896, six fois seulement les suites de couches ont nécessité le curettage. Cela est d'autant plus remarquable que presque toutes les femmes avaient présenté un travail très long, et étaient entrées après avoir subi au dehors soit des tentatives d'application de forceps soit des tentatives de version par manœuvres internes. Il nous est donc permis de voir dans ces faits l'heureuse influence que la vacuité complète de l'utérus exerce sur les suites de couches.

Nous terminerons en publiant quelques observations que nous rangeons en plusieurs groupes :

I. Observations de curettage précoce. (I, II, III, IV, V, VI, VII.)

II. Observations où le curettage n'a été nécessité que tardivement. (VIII, IX, X, XI, XII, XIII.)

III. Une observation où le curettage a été d'une réaction vive (XIV).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Rupture prématurée des membranes. — Enfant macéré. — Infection avant son entrée. — Présentation de l'épaule. — Embryotomie et curettage par M. Champetier de Ribes. — Guérison.

F... femme H... 31 ans, secondipare. Accouchement antérieur sans particularité.

Entre à la maternité de Tenon à la consultation du 26 février 94. On constate une présentation de l'épaule gauche en A.I.D., membranes rompues, fœtus macéré. Frisson chez elle. A ce moment la température est de 38,1 et le soir elle s'élève à 39. Pouls 140. Elle va entrer en travail, a quelques douleurs qui continuent pendant la nuit mais sont faibles.

27 février. Le thermomètre marque 38,2. La dilatation est presque complète. M. Champetier de Ribes fait l'embryotomie. Fétidité extrême après la sortie du fœtus qui pèse 1770 gr. Délivrance artificielle immédiate et curage, puis curettage, les membranes étant déchirées. En remettant la main dans l'utérus, M. Champetier remarque en outre une adhérence particulière de la fibrine après ses mains. Tamponnement à la gaze iodoformée.

28 février. Température le matin 37,6 le soir, 38: Le pansement est retiré et on fait passer 15 litres de lysol à 1 0/10 dans l'utérus. 2 fois par jour, le même traitement est continué jusqu'au 6^e jour à partir duquel on fait des injections de permanganate de potasse à 1 pour 1.000. Le 10^e jour la tempéra-

ture étant tombée à la normale, on fait deux injections vaginales par jour.

La malade quitte le service le 18 mars, soit 20 jours après son entrée ; l'utérus remonte encore à quatre travers de doigts au-dessus du pubis. L'état général est bon.

OBSERVATION II

*Accouchement prématuré rétention d'une partie de la caduque.
— Curettage précoce. — Guérison.*

P... 24 ans, secondipare. Un accouchement antérieur spontané et à terme. Dernières règles le 26 avril 92. Premières douleurs, 29 novembre, 1 heure du matin. Entre dans le service le même jour à la consultation de 9 heures. Le palper donne des sensations peu nettes. On n'entend pas les bruits du cœur. Au toucher le col est effacé et dilaté comme une pièce de 50 cent. Rupture des membranes à midi 30, à midi 45, expulsion d'un enfant macéré de 1680 gr. Délivrance naturelle, la caduque reste dans l'utérus, elle est en partie expulsée après une injection intra-utérine. Cette femme a eu de l'albumine dans l'urine pendant sa grossesse. Pas de signes de syphilis, rien au cœur, rien aux poumons. Soir, température 37.9. Pouls, 95.

30 novembre 92. La nuit a été assez bonne. Etat général satisfaisant. Température, matin 37,6 soir, 39 ; pouls, 115. On fait une abondante injection intra-utérine.

1^{er} décembre. La nuit a été agitée, la figure est fatiguée, le thermomètre marque 38.2, une injection intra-utérine est faite. A 9 heures, M. Champetier de Ribes pratique le curettage qui ramène de nombreux débris de caduque. Pansement intra-utérin. Soir, température 38,5. Pouls, 108.

2 décembre. Température, matin 37,5 ; soir, 38,2, on fait le pansement utérin.

3 décembre. Température, matin 37,3 ; soir, 38 ; on renouvelle le pansement.

4 décembre. Matin, t. 36,8, dernier pansement, la température reste à la normale, l'état général est bon. Injections vaginales.

Le 18 décembre, la malade quitte le service.

OBSERVATION III

Primipare accouchement à terme spontané, fièvre. — Curetage précoce. — Guérison.

P... 19 ans, primipare.

Réglée à 14 ans régulièrement. — Grossesse normale.

Entre dans le service le 22 juillet 93 à 11 heures du soir. Elle est à terme l'enfant se présente par le sommet en OIGA le col est dilaté comme 1 franc.

23 juillet. — A 6 heures 30 dilation complète. — Rupture des membranes à 7 heures 55, expulsion à 8 heures, délivrance naturelle 30 minutes après, membranes entières — le soir température 38°,8.

24 juillet. Le matin le thermomètre monte à 38,5 le pouls est très fréquent 128. On pratique le curetage à 10 heures qui ramène quelques débris de caduque et des caillots.

On fait passer 15 litres de solution de lysol à 1 pour 100 dans la cavité utérine — tamponnement à la gaze iodoformée. Le soir température 39°.

25 janvier. — Température du matin 38,5 du soir 37.

On refait le pansement et on touche le col un peu gris à la teinture d'iode.

26, 27, 28 janvier la température oscille entre 37,5 et 38, 2.

On fait chaque jour le pansement intra-utérin.

Le 29 janvier la température tombe et reste à la normale on ne fait que des injections vaginales et le 2 août la malade quitte le service.

OBSERVATION IV

Accouchement à 8 mois 1½. — Curettage précoce. — Guérison
S... femme J... primipare.

Premières douleurs le 2 février 96 à 4 heures du soir. Entre à la maternité de Tenon le 3 février à minuit 30. Présentation du sommet en O.I.G.P. Dilatation comme une pièce de deux francs. Rupture des membres à 3 heures du matin, dilatation complète à 4 heures, expulsion à 6 h. 45.

Température le matin, 37; le soir, 37,8. Pouls, 114.

4 février. Le matin le thermomètre monte à 39,5. Pouls, 144. Le curettage est fait à 10 heures et ramène beaucoup de débris de la corne droite. On touche à la teinture d'iode la surface interne de l'utérus. Tamponnement à la gaze iodoformée. Le soir on fait une injection de 20 c.c. de sérum de Marmoreck, température 40, pouls 143.

5 février matin, température 36,4; pouls 120

soir 38,4 135

On fait le pansement, l'état général est bon. Injection de 10 c. c. de serum de Marmoreck.

6 février matin température 37,4. Pouls, 106

soir 37,9 115

Nouveau pansement.

7 février matin, température 36,8. Pouls, 105

soir 37,5 110

La gaze est retirée de l'utérus et on ne fait plus que des injections vaginales.

8 février matin, température, 36,9. Pouls, 87

soir 37,1 90

La malade sort du service le 16 février.

OBSERVATION V

Accouchement prématuré. — Rétention de caduque, fièvre. — Irrigation continue pendant 12 heures. — Curettage précoce. — Guérison.

H..., 21 ans, secondipare. Accouchement antérieur normal. Devient de nouveau enceinte pendant qu'elle nourrit, se croit enceinte de 6 mois 1½ ce que l'examen confirme.

Le 8 février 93 elle fait une chute au lavoir, 4 jours après, commence à avoir quelques douleurs.

Les douleurs deviennent plus violentes le 20 février et elle entre à la maternité le 21 à 3 heures du matin, accouche à son son arrivée. Délivrance 30 minutes après, la caduque très épaisse est incomplète. Le soir après un frisson la température s'élève à 40,4, le pouls est très fréquent, environ 160 pulsations par minute. On soumet la malade à l'irrigation continue avec l'eau phéniquée à 1½600.

22 février. A 9 heures du matin, la température étant 39° et le pouls 140 on cesse l'irrigation continue et l'on pratique le curettage qui ramène nombreux lambeaux de carduque, lavage de l'utérus et tamponnement, le soir le thermomètre marque 38, le pouls est à 115.

23 février. La nuit a été bonne, la température est de 36,8 le matin et le pouls 104. On change le pansement, il sort des débris de caduque adhérents à la gaze. Lavage intra-utérin, même pansement. L'urine est noire ce qui est dû à l'acide phénique, le soir t. 37,2.

24 février. Température normale. Nouveau pansement.

25 février. On fait le pansement pour la dernière fois, les jours suivants, injections vaginales.

La malade sort guérie le 3 mars.

OBSERVATION VI

*Utérus tétanisé après administration d'ergot de seigle. —
Enfant mort. — Tentatives de forceps en ville. — Basiotripsie
— Curettage 28 heures après. — Guérison.*

D...femme D... 49 ans six grossesses antérieures, deux avortements à la suite de chutes; 4 accouchements spontanés à terme, Elle accuse quelques douleurs le soir du 9 octobre 93.

10 octobre, à 7 heures du matin, rupture de la poche des eaux, les douleurs continuent. Une sage-femme l'examine en ville, trouve le col dilaté comme 5 francs.

11 octobre. Même état, un médecin appelé à 2 heures de l'après midi lui donne de l'ergot de seigle et à 5 heures tente plusieurs applications de forceps.

On l'apporte à l'hôpital à 10 heures du soir, dilatation un peu plus de 5 francs. Col déchiré aux commissures. Femme très-fatiguée, pas de fièvre. On n'entend plus les bruits du cœur du fœtus, au dire de la malade, le médecin les entendaient avant ses interventions. Tête dans l'excavation, position O. I. D. P.

Utérus contracté tendu.

12 octobre, à 2 heures du matin la dilatation étant presque complète, on se décide à intervenir. Chloroformisation, perforation du crâne (perf. Blot) et application du basiotribe. L'opération dure une heure. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine température 37, 8.

13 octobre. Matin, température 38,4; Curettage, peu de débris. Col très déchiré et couvert d'eschares grisâtres. Cautérisation à la teinture d'iode et tamponnement à la gaze iodoformée; température le soir 38,2, pouls 110.

14 octobre. Matin T 37,9, soir T. 38,2, pouls 105. Pansement. La mèche de gaz est renouvelée dans l'utérus, le col est touché à la teinture d'iode.

On fait le même pansement jusqu'au 19 octobre.

20 octobre. La malade va bien, la température est tombée à la normale depuis le 18. — On fait seulement des injections vaginales. Les eschares bourgeonnent, sont roses et se cicatrisent sans aucune adhérence.

La malade quitte le service le 30 octobre en bon état.

OBSERVATION VII

Accouchement à 8 mois. — Fièvre. — Curettage précoce. — Guérison.

R... 24 ans, primipare.

Entre le 3 décembre 92 à midi. Présentation du sommet en O.I.G.P. Col dilaté comme 1 fr. est envoyée en ville. La sage-femme du dehors ramène la femme le 5 décembre à 10 heures du matin avec une dilatation grande comme une pièce de 5 fr. Accouchement spontané à 8 heures du soir. Délivrance 15 minutes après, membranes entières, température 36,8.

6 décembre. T. matin 39,2, soir 39,3, 4 injections intra-utérines dans les 24 heures.

7 décembre. Matin T. 38,2. Curettage, lavage intra-utérin. Tanponnement. Soir, T. 40,5. Champagne Todd, sulfate de quinine.

8 décembre, Matin T. 38,5, soir 39,5, pansement.

9 décembre. Matin T. 38,6, soir 40,5. même pansement.

10 décembre Matin T. 37,8, soir 39,2.

11 décembre. M. T. 37,5, soir 39.

12 décembre. Matin T, 37,2, soir 38,

A partir de ce jour on fait seulement des injections vaginales.

La malade peut reprendre ses occupations le 22 décembre.

OBSERVATION VIII

Accouchement spontané à terme. — Elévation de température le 12^e jour. — Curettage le 13^e jour. — Guérison.

F... 24 ans tertipare. Réglée à 16 ans régulièrement.

1^{re} grossesse à 18 ans, accouchement à terme d'un enfant vivant.

2^e grossesse à 20 ans, accouchement à terme d'un enfant macéré (15 jours), pendant cette grossesse vers le 5^e mois, son mari malade lui a donné la syphilis, on voit encore la cicatrice du chancre à la fesse droite au voisinage de l'anüs.

3^e grossesse (actuelle). Entre dans le service à terme et en travail, présentation du sommet en O.I.D.P. Dilatation comme 5 fr., membranes non rompues. Accouche 2 heures après son entrée d'une fille vivante. Délivrance naturelle, membranes entières mais un peu déchirées.

3 janvier 95. Tout a été normal jusqu'à aujourd'hui 12^e jour. le matin T. 38,7, le soir T. 39. Pouls 118.

4 janvier 13^e jour. Matin T. 38,9. Curettage à 10 heures, soir T. 37. Pouls 100.

5 janvier 14^e jour. T. matin 38 à 8 h. 30 frisson, T. 40, on renouvelle le pansement, l'utérus est mou, saignant, il ne sort pas de débris. Soir T. 38,2.

6 janvier. T. matin 37,8, soir 38,5, nouveau pansement.

7 janvier. T. matin 37,2, soir 37,8, même pansement que la veille.

8 janvier. T. matin 36,8, soir 37,2, à partir de ce jour on ne fait que des injections vaginales.

La température reste normale et la malade sort en bon état le 20 janvier.

OBSERVATION IX

Accouchement normal à terme. — Infection légère. — Curettage le 13^e jour. — Guérison.

H..., 24 ans primipare. Accouchement spontané le 10 février 1892 à 3 heures 30. Sommet en O I D P. Délivrance naturelle 40 minutes après, membranes entières.

La malade va bien jusqu'au huitième jour.

Neuvième jour 18 février. Le soir le thermomètre monte à 38°9, lochies fétides. Douleurs de ventre. Injection intra-utérine puis irrigation continue avec la solution phéniquée à 1 pour 600.

19 février, matin T. 37,8, soir 38,9.

20 février, matin T. 37,2, soir 38,1.

21 février, matin T. 38,2, soir 39.

22 février (13 jours). On cesse l'irrigation continue et l'on fait le curettage qui ramène une assez grande quantité de débris, lavage et pansement intra-utérin.

23 février. La température tombe à la normale on refait le pansement.

24 février. A partir de ce jour on fait des injections vaginales et la malade sort le 7 mars.

OBSERVATION X

Accouchement spontané à terme. Fièvre le neuvième jour. — Curettage le onzième. — Guérison.

V..., 30 ans tertipare.

Première grossesse à 25 ans, terminée à 6 mois 1½ par un accouchement prématuré sans autre cause qu'un choc reçu sur le ventre. Rien au cœur ni aux poumons pas de syphilis.

Deuxième grossesse à 27 ans, avortement de 2 mois 1½ attribué à un effort fait pour soulever un fardeau.

Troisième grossesse (actuelle) normale.

11 juillet 1893. Entre dans le service. Présentation du sommet en O I G A. Dilatation comme une pièce de 5 francs. Accouche une heure après. Délivrance naturelle, membranes déchirées mais entières.

Jusqu'au neuvième jour, la température ne dépasse pas 37°4 le soir et 36°8 le matin.

Dixième jour. Le soir du dixième jour la température s'élève à 38°8, injection intra-utérine.

Onzième jour. Le matin après un violent frisson le thermomètre monte à 39°5, le liquide de l'injection intra-utérine ressort sale, le soir T. 38,6.

Douzième jour. T. le matin 38,2 M. Champetier de Ribes fait un curetage qui ramène beaucoup de débris de la corne droite, pas d'eschare au col. Grand lavage intra-utérin, pansement, tamponnement à la gaze iodoformée, soir, T. 38,8.

Treizième jour. T. matin 38, soir 38,6 pansement.

Quatorzième jour. T. 39,8, soir 38,4 nouveau pansement.

Quinzième jour. T. matin 38, soir 37,9 puis la température tombe à la normale la malade sort en bon état le vingtième jour.

OBSERVATION XI

Accouchement spontané à terme. — Elévation de température le 10^e jour. — Curetage.

M..., 24 ans, tertipare. Deux accouchements antérieurs à terme, mais ces deux premiers enfants étant d'un premier mari syphilitique, sont morts de méningite.

Elle entre dans le service le 21 mai 1894, à 5 heures du soir. Premières douleurs le 20 à 6 heures du soir. Col dilaté comme

2 francs, l'enfant se présente par le sommet en O. I. D. P. accouche le même soir à 10 heures.

Délivrance naturelle. Caduque dégénérée, injection intra-utérine au lysol à 1 pour 100.

Les huit premiers jours la température reste normale.

9^e jour matin. T. 37,5, soir 39,3, injection intra-utérine.

10^e jour matin, 38,7. Curettage. On ramène environ 20 gr. de débris membraneux déliquescents, d'odeur forte.

Lavage intra-utérin. Teinture d'iode. Tamponnement. Soir T. 38,5.

11^e jour (1^{er} juin). On refait le pansement.

Matin, T. 37,6, soir 38,2.

12^e jour matin, T. 37,2, soir 37,8.

On ne replace pas de gaz dans l'utérus, injections vaginales.

La malade sort le 9 juin.

OBSERVATION XII

Accouchement à 8 mois 1/2. — Frisson et fièvre le soir du 8^e jour. — Curettage le 9^e. — Guérison.

D..., femme V..., 29 ans, secondipare, entre dans le service à 3 heures 45 m., l'après-midi du 20 janvier 1895, avec la dilatation complète. Rupture des membranes et expulsion à 4 heures, soit 15 minutes après son entrée. Délivrance naturelle, membranes entières, liquide verdâtre, le travail avait duré 16 heures.

27 janvier. La T. est normale jusqu'au soir du 8^e jour où après un violent frisson, le thermomètre monte à 39°2. Injection intra-utérine on fait passer 15 litres de la solution de lysol à 1 pour 100 dans la cavité.

28 janvier. T. matin 37,6 injection, intra-utérine, une heure après, frisson, la T. monte à 40°. Céphalée, langue sale, ventre douloureux à la pression et ballonné. L'utérus est mou et saigne

un peu. A 10 heures, M. Champetier de Ribes fait le curettage qui ramène de nombreux débris, grande injection intra-utérine après attouchement avec teinture d'iode, tamponnement à la gaze iodoformée. Le soir T. 38°, pouls 120.

29 janvier. On renouvelle le pansement, le col un peu gris est touché à la teinture d'iode. T. matin 38,2, soir 38,7, pouls 110.

30 janvier. Même pansement, T. matin 37,9, soir 38,2, pouls 100.

31 janvier. Troisième et dernier pansement. T. matin 37,4, soir 37.

Les jours suivants la température reste à la normale, on pratique une injection vaginale matin et soir.

La malade sort guérie le 10 février.

OBSERVATION XIII

Multipare. — Accouchement à terme. — Curettage le neuvième jour. — Guérison.

D..., femme L... âgée de 38 ans, sept accouchements antérieurs sans particularité.

Entre le 8 janvier 1896 à 9 heures du matin dans le service de M. Champetier de Ribes, elle est à terme et avait perdu les eaux depuis le 6 janvier à 9 heures du soir. Présentation du sommet en O I D P. Dilatation grande comme une pièce de 1 franc.

Accouchement le soir du même jour à 7 heures 30. Délivrance naturelle, membranes entières, mais un peu déchirées.

Tout reste normal jusqu'au soir du septième jour où la température est de 38°, on fait une injection intra-utérine.

Huitième jour, T. matin 38,2 soir 38,8, trois injections intra-utérines dans les 24 heures.

Neuvième jour. Le matin T. 38,4. Douleurs de ventre, uté-

rus gros et mou, céphalée. Névralgies circumorbitaires. On fait le curettage qui ramène beaucoup de débris de la corne gauche. Soir T. 38,5.

Les jours suivants la température baisse progressivement. Le pansement de l'utérus est renouvelé deux fois puis la température étant tombée à la normale, on fait seulement des injections vaginales

Le 27 janvier la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XIV

Avortement de 3 mois 1½. Rétention partielle du placenta septicémie. — Irrigation pendant 5 heures. — Curage et curetage le 4^e jour. — Guérison.

D... 32 ans, secundipare. Antérieurement un accouchement à terme spontané.

Entre dans le service le 22 février 91 faisant un avortement de 3 mois 1½ de cause inconnue. Début des douleurs à 8 h. 1½ du matin. Après 2 heures, expulsion d'un fœtus macéré présentant autour du cou deux circulaires du cordon très serrés. Délivrance incomplète.

Le soir du 2^e jour, T. 37,7, vers 11 h. frisson violent d'une heure puis le thermomètre s'élève à 39,4. Pouls 116.

3^e jour. Matin 37,6 douleurs abdominales à la pression, appétit bon, langue humide, pas de céphalée, fétidité des lochies, la malade est mise à l'irrigation à 6 h. du matin (nouveau frisson à 8 h. 1½). A 11 heures, la malade est chloroformée, et la main introduite dans le vagin, un doigt dans l'utérus mobilise des débris placentaires assez volumineux, la curette complète le curage et permet de retirer tous les débris.

Lavage de l'utérus au sublimé à 1 p. 4.000 tamponnement à la gaze. À 3 h. de l'après-midi, frisson après lequel la température s'élève à 40,2. Pouls 132, le soir T. 38,2. P. 124.

Le 4^o jour 26 février. T. matin 37,8, soir 38, ventre peu douloureux, état général bon, pansement.

Le 5^o jour, 27 février. T. matin 37,2, soir 37,5. La malade dort bien ne souffre pas, la gaze est retirée et l'on fait seulement des injections vaginales.

La température reste normale et la malade quitte le service le 9 mars en bonne santé.

CONCLUSIONS

I. — Le curettage est une opération facile que tout médecin doit pouvoir pratiquer.

II. — L'anesthésie est inutile l'opération n'étant pas très douloureuse.

III. — Le curettage est un moyen aveugle pour détacher des cotylédons adhérents ; aussi bien après l'accouchement à terme qu'après l'avortement ceux-ci doivent être enlevés avec la main ou les doigts introduits dans la cavité utérine : la curette mousse ne doit être employée que contre la rétention des membranes et des caillots.

IV. — Dans l'avortement le curettage ne sera que le complément du curage.

V. — Si, chez une nouvelle accouchée la température dépasse $37^{\circ} 8$ et le pouls 100 pulsations, et que rien dans les autres organes n'explique cet état, il faut intervenir localement.

VI. — Le curettage est indiqué toutes les fois que le diagnostic de septicémie puerpérale étant établi, on n'obtient pas au bout de 24 heures un abaissement de

la température et du pouls par l'emploi des injections intra-utérines intermittentes ou continues, quelle que soit la période des suites de couches où l'on soit parvenu. Cependant, à moins de phénomènes graves ou de tendance rapide à la généralisation, on attendra le troisième jour qui suit l'accouchement pour intervenir.

Vu : le Doyen.

BROUARDEL

Vu par le président de la thèse,

PINARD

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

